

Herbert Meyer

Ethik in der Medizin

Medizinische Ethik betrifft die ethischen Probleme im Bereich der Gesundheitsvorsorge. Da Begriffe wie „Menschlichkeit, Würde, Sinn, Zumutbarkeit“ nur begrenzt zu objektivieren sind, bedeutet das, dass die im Gesundheitswesen Tätigen ihre eigenen persönlichen Grundhaltungen zu Leben, Leiden, Schmerzen als Übertragungen mit einbringen.

Die Entscheidungsfindung findet auf drei Ebenen ethischer Prinzipien statt. Auf der ersten Ebene finden wir den letzten Maßstab der Sittlichkeit (z. B. die „Goldene Regel“ in der Bergpredigt oder Kants kategorischer Imperativ). Für die konkrete Entscheidungsfindung muss diese erste Ebene weiter differenziert werden.

In der praktischen Medizinischen Ethik wird die erste Ebene durch grundsätzliche Rechte und Pflichten ausgedrückt:

- In der Selbstbestimmung (Autonomie) des Patienten
- Im Wohlwollen, d. h. der Förderung des Lebens
- Im Verbot der Schädigung, d. h. im Tötungs- und Verletzungsgebot
- Im Gebot der Gerechtigkeit.

Da auf dieser oberen Ebene kaum konkrete ethische Entscheidungen getroffen werden können, ist eine zweite Ebene - die Ebene mittlerer Axiome - erforderlich. Hier treffen wir bereits auf konkurrierende Werte, etwa bei der Abwägung zwischen Lebensbewahrung und Leidensminderung beim sterbenden Patienten. Oder in der Praxis des Schwangerschaftsabbruchs als Ausdruck des Konfliktfeldes zwischen „Persönlichkeitsrechten der Frau“ und dem ungeborenen Leben.

Auf der dritten Ebene liegen dann die praktischen Maximen.

So wird die Maxime „Leben erhalten“ nicht immer zum steten Einsatz der Maximaltherapie führen können.

Die Praktikabilität der dritten Ebene wird durch konkrete berufsständige Richtlinien gewährleistet (z.B. in der Richtlinie zur Feststellung des Hirntodes vom Oktober 1986, in der Richtlinie zur Sterbebegleitung von 1998).

Auch auf dieser Ebene kann Ethik nicht schlechthin durch Medizinrecht ersetzt werden.¹

Das heißt: Die Verantwortung des Arztes für seine im Einzelfall zu treffende Entscheidung bleibt erhalten. Die gegenwärtigen Probleme innerhalb der medizinischen Ethik sind vor allem durch die Ablösung des paternalistischen Prinzips durch moderne Autonomievorstellungen begründet.

Die Idee der liberalen Demokratie findet im Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen ihren tragenden Grundbegriff. Gegenwärtige Autonomievorstellungen werden einerseits einer hochgradig individualistisch-pluralistischen Gesellschaft gerecht, andererseits sollte das Autonomieprinzip durchaus kritisch hinterfragt werden.

In der Medizinischen Ethik wird der Grundsatz der Autonomie durch den „informed consent“ - die aufgeklärte Einwilligung des Patienten - verdeutlicht. In der Praxis bedeutet das:

Ein Arzt begeht eine Pflichtverletzung gegenüber seinem Patienten, wenn er irgendwelche Tatsachen zurückhält, die eine notwendige Grundlage für eine verständige Zustimmung des Patienten zu den vorgeschlagenen Behandlungen sind. Ein medizinischer Eingriff ohne Zustimmung wird in der BRD als „Körperverletzung“ gewertet. Die Meinung des Patienten kann nicht durch Auffassung des Arztes ersetzt werden. Bedenken sollten wir allerdings: Die Praxis geht oft von einem heroischen, alles ertragenden Pati-

¹ Eser, Albin/Lutterotti, Markus v. /Sporken, Paul (1992, Hrsg.), Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Darf die Medizin, was sie kann? Information und Orientierung. Freiburg (Herder).

enten aus. Täglich wird in der BRD etwa 1.000 Menschen die Diagnose „Krebs“ mitgeteilt. In der innerhalb der Jahrhunderte ärztlichen Tuns orientierten Hippokratischen Ethik spielte die Autonomie des Patienten keine Rolle. Der Paternalismus - die Vater-Kind Beziehung - bestimmte die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Es kam zur überwertigen Selbsteinschätzung des Arztes und einer Unterschätzung der Meinung des Patienten. Die heutige vorrangige Betonung einer uneingeschränkten Selbstbestimmung in der Medizin übersieht allerdings, dass es zugleich Aufgabe ärztlicher Fürsorge wird, Patientenautonomie zu ermöglichen, dass kein Patient völlig autonom sein kann und jede gute Arzt – Patientenbeziehung immer auch paternalistische Elemente besitzt.

Oft ist die Abstellung auf das Selbstbestimmungsrecht rein theoretisch: Entscheiden Sie sich bitte frei zwischen 6 – 8 Monaten mit Chemotherapie, Depression und Übelkeit und 4 – 5 Monaten ohne Chemotherapie.

Meines Erachtens kann das Spannungsverhältnis von Paternalismus und Autonomie durch einen konzedierten Paternalismus gemildert werden. (Nach der notwendigen Aufklärung stimmt der Patient einem Behandlungsprozess zu, an dessen einzelnen Entscheidungen er nicht mehr beteiligt werden muss.) Konzedierter Paternalismus besagt, dass die für das Behandlungsziel erteilte Einwilligung die Zustimmung zum Ganzen enthalten kann.

Patientenautonomie gibt es nicht ohne fürsorgliche Ermöglichung. Der Patient erhält das Gefühl der Geborgenheit, kaum der Zufriedenheit. Patientenautonomie ist immer an die Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit gebunden.

Wenn der Patient Wahlmöglichkeiten nicht nutzen, die Situation nicht wirklich verstehen, umweltbedingte oder krankheitsbedingte Einschränkungen der Entscheidungsfähigkeit vorhanden sind, hat dies alles natürlich Einfluss auf Patientenautonomie.

Die Herausforderungen an die Medizinische Ethik der Gegenwart sind m. E. vorwiegend dem neuen Verhältnis von Paternalismus und Patientenautonomie geschuldet. Das beginnt am Anfang des menschlichen Lebens – bei den schweren Entscheidungen der Schwangeren nach der pränatalen Diagnostik bzw. bei der Entscheidung für oder gegen den Schwangerschaftsabbruch, später bei der Zustimmung oder Ablehnung zur Organtransplantation und endet in dem durch Betreuungsverfügung und Patientenvollmacht festgelegten Willen des Patienten.

Ich möchte mich diesen drei ausgewählten Problemfeldern der Ethik in der Medizin:

- der pränatalen Diagnostik,
- der Organtransplantation und
- der Problematik der Sterbebetreuung *versus* Sterbehilfe

zuwenden.

So positiv wir auch immer die Forderung nach Autonomie bewerten, erinnere ich daran, dass es z. B. nach Michael Balint um die wechselseitige Beziehung zwischen Arzt und Patient geht, um die Akzeptanz der Kompetenz des Arztes, um die schonende Aufrichtigkeit des Arztes, darum, dass das am häufigsten verwendete Heilmittel der Arzt selbst ist.

Persönlich halte ich sogar den Begriff der „Partnerschaft“ für wenig glücklich.

Zum therapeutischen Bündnis (Compliance) gehört die Selbstverantwortung des Patienten ebenso wie die verstehbare und ausreichende Information und Aufklärung des Kranken durch den Arzt. Jeder wird verstehen, dass es hier Besonderheiten in der Aufklärung von Kindern oder von Angehörigen oder von psychiatrischen Patienten geben muss.

Pränatale Diagnostik

Befürworter der pränatalen Diagnostik betonen die positive Absicht, die hinter der Anwendung pränataldiagnostischer Methoden steht. Allerdings hat ein Paradigmenwechsel in der PND stattgefunden. Ärztliches Handeln ist nicht mehr eine Reaktion auf spezielle Notlagen, sondern es werden ohne einen bestimmten Anlass Untersuchungen durchgeführt, um nach Krankheiten und Behinderungen zu suchen. Die meisten Erkrankungen und Fehlbildungen sind allerdings pränatal nicht behandelbar.

81,9% der Frauen finden die Vorstellung, ein Leben lang für ein behindertes Kind sorgen zu müssen, unerträglich. Fällt der Befund unerwartet positiv aus, entscheiden sich über 90% für eine Abtreibung. Seit 1980 hat sich die Zahl pränataler Untersuchungen verfünffacht. Aus einer Zeit der „guten Hoffnung“ ist eine Zeit der Angst geworden. Zu ergänzen ist, dass die meisten pränatalen Untersuchungen nur zu Wahrscheinlichkeitsaussagen führen. Heute dient die PND eindeutig der Selektion behinderten Lebens. Katastrophal hat sich die Veränderung der embryopathischen Indikation 1995 (der Schwangerschaftsabbruch wäre bei einem positiven Ergebnis der PND bis maximal zur 22. Schwangerschaftswoche möglich) in die medizinisch-soziale Indikation ausgewirkt (der Schwangerschaftsabbruch wäre bis zur Geburt ohne Fristsetzung möglich).

Jenseits der 20. Schwangerschaftswoche kommt bei einer Abtreibung jedes 3. Kind lebend zur Welt. Dies führt dazu, dass von Seiten der Eltern gegen Ärzte zivilrechtliche Ansprüche geltend gemacht werden. Für die Ärzte ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag ein faktischer Zwang zum Fetoizid. Um das Leben des Kindes zu beenden, wird dem Fötus eine tödliche Kalium-Chlorid-Injektion ins Herz gespritzt. Rettet der Arzt gegen den Willen der Eltern das Leben des Neugeborenen, wird das eigentliche Behandlungsziel - der Abbruch - nicht erreicht, muss der Arzt die umfassende Unterhaltspflicht für das Kind übernehmen.

Einerseits sind wir nach wie vor am Ende menschlichen Lebens gegen jede „aktive Sterbehilfe“, andererseits gestehen wir Schwangeren das Recht zu, die Tötung eines Neugeborenen zu verlangen und zu erhalten. Die Haftungspflicht gegenüber den Eltern erklärt eindeutig das Kind als „Schaden“.

Wir sollten erstens zur 22-Wochen-Grenze der embryopathischen Indikation - dem Beginn der extrauterinen Überlebensfähigkeit des Fötus - zurückkehren. Darüber hinaus müsste eine selektive pränatale Diagnostik aus der allgemeinen Schwangerschaftsvorsorge herausgenommen werden. Weiterhin sollten die psychosozialen Bedürfnisse von Frauen stärker berücksichtigt werden. Unbestritten werden durch die gegenwärtige Praxis pränataler Diagnostik ethische Grenzen verschoben.

Bedenken wir weiterhin: Nur 1% der Behinderungen sind genetisch bedingt. Davon kann nur ein Bruchteil durch die PND festgestellt werden. 90% der Behinderungen entstehen im Verlauf des späteren Lebens.²

Ethische Fragen der Transplantation

Ein lebenswichtiges Organ kann in seiner Funktion versagen. Nur sehr begrenzt könnte ein „künstliches Organ“ die Funktion übernehmen (z.B. Dialyse). Das Weiterleben des Patienten wäre nur durch eine postmortale Spende (das Organ eines Toten) oder bei bestimmten Organen (v. a. Nieren) die Organspende von einem Lebenden zu erreichen.

Am 1.12.1997 trat das neue Transplantationsgesetz in Kraft. Es regelt die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen. Der Bundestag entschied sich für eine „erweiterte Zustimmungslösung“. Eine Organspende ist dann erlaubt, wenn der Spender in einem Organspenderausweis oder einer anderen Erklärung dazu seine Zustimmung gegeben hat. Liegt keine Erklärung vor, können auch die nächsten Angehörigen oder eine Person, die der Organspender dazu bestimmt hat, über eine Organentnahme entscheiden.

Voraussetzung ist die Beachtung des „mutmaßlichen Willens“ des Spenders und der persönliche Kontakt zu ihm in den letzten zwei Jahren. Bei der Zustimmung durch die Angehörigen ist eine bestimmte Rangfolge festgelegt (Ehegatten, volljährige Kinder, Eltern, Geschwister usw.).

Bei der postmortalen Organspende können die Organe erst dann entnommen werden, wenn der Hirntod, also der endgültige Ausfall aller Gehirnfunktionen festgestellt ist. Die den Hirntod diagnostizierenden Ärzte dürfen in keiner Weise an der Transplantation beteiligt sein.

In Deutschland ist die Lebendspende sehr schwierig zu erreichen. Sie ist nur erlaubt, wenn kein Organ eines toten Spenders zur Verfügung steht. Die Lebendspende ist auf nahe Verwandte sowie Ehegatten oder andere sich sehr nahe stehende Personen beschränkt.

² Diplomarbeit von Dorothea Welsche, Fachhochschule Erfurt, Bereich Sozialwesen, 2004: „Kritische Auseinandersetzung mit der Praxis vorgeburtlicher Diagnostik“.

Die Lebendspende weist bei aller damit verbundenen Problematik entscheidende Vorteile auf. Die Transplantationsprognose ist bedeutend besser: Nach 5 Jahren funktionieren noch ca. 75% der transplantierten Organe – bei der postmortalen Spende sind es etwa 57%.

Die besseren Ergebnisse sind zurückzuführen auf

- den absolut gesunden Spender;
- die gute Organqualität;
- kurze Ischämiezeiten;
- sofortige Funktionsaufnahme;
- die Möglichkeit der Transplantation zum optimalen Zeitpunkt für Spender, Empfänger und das OP-Team.
- Lange Konservierungszeiten werden vermieden.

Es gibt eine erhöhte Sicherheit bei der Vermeidung einer HIV-Übertragung. Die Lebenserwartung des Spenders ist deutlich höher (Nachbetreuung)

Die Praxis der Lebendspende ist in verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich. In Skandinavien stammt die Hälfte der transplantierten Nieren von Lebendspenden, in den USA 25%. In der BRD ist der Anteil der Nierenlebendspenden von 3 auf 15% gestiegen.

Die Entnahme von Organen einer lebenden Person ist nur zulässig, wenn die Person

- volljährig und einwilligungsfähig ist;
- in die Entnahme eingewilligt hat;
- nach ärztlicher Beurteilung als Spender geeignet ist und nicht über das Operationsrisiko hinaus gefährdet ist.

Natürlich stellt die Lebensspende für den Spender einen operativen Eingriff ohne eigenen Therapiebedarf dar. Ein Gesunder wird vorübergehend zum Patienten gemacht. Die ethischen Probleme der Lebensspende lassen sich in folgenden Punkten bündeln:

- Unter welchen Bedingungen ist es ethisch vertretbar?
- Wie hoch darf das Risiko für den Spender sein?
- Wie zuverlässig kann sich seine Freiwilligkeit feststellen lassen?

Die Freiwilligkeit des Spenders ist das größte Problem. Seit 1999 ist die Prüfung der Motivation durch eine Kommission (Arzt, Jurist, Psychologe) zwingend vorgeschrieben.

Dilemma: Die Freiwilligkeit der Zustimmung ist umso stärker gefährdet, je enger die Bindung zwischen Spender und Empfänger ist. Negative psychische Folgen beim Empfänger sind v. a. beim Transplantatversagen nicht auszuschließen.

Interessant sind die mitunter gegensätzlichen Vorgehensweisen:

In Norwegen kommt nur der Patient auf eine Warteliste zur postmortalen Spende, der nachweisen kann, dass kein geeigneter Lebendspender in seiner Familie zur Verfügung steht. In der BRD ist es direkt umgekehrt.

Bei der postmortalen Spende ist der Hirntod des Spenders als endgültiger, nicht behebbarer Ausfall der Gesamtfunktion des Gehirns- des Großhirns, Kleinhirns und Stammhirns zwingende Voraussetzung zur Organspende.

Das gravierende Problem der Transplantationsmedizin ist der Organmangel. Die BRD ist heute ein Organimportland. Patienten müssen heute mehr als sechs Jahre auf eine Niere warten. Insgesamt stehen den etwa 4.500 Transplantationen ca. 15.000 wartende Patienten gegenüber. Etwa 20% der wartenden Patienten versterben in Deutschland, bevor sie das Organ bekommen. Kontraindikationen sind nicht behandelbare bösartige Tumorerkrankungen, eine HIV-Infektion, Alkohol-, Nikotin- bzw. Drogenabhängigkeit und eine wahrscheinlich unzureichende Compliance (Bereitschaft des Empfängers, nach der Transplantation an der Genesung mitzuwirken.) Umstritten ist nach wie vor, in wieweit die Eigenverantwortung für eine Erkrankung, die zum Organversagen führte, ein Ausschlusskriterium für eine Transplantation sein darf.

Ebenso schwierig sind die Fragen der Allokation (Verteilung der verfügbaren Organe.). Oberstes Gebot ohne „soziale Kriterien“ ist die Chancengleichheit aller Empfänger,

- d.h. der Platz auf der Warteliste – und dabei allein nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit einer Transplantation. (30%)
- Weiterhin der Übereinstimmung der HLA Merkmale als Hauptangriffsziel immunologischer Abwehr (40%)
- die Mismatchwahrscheinlichkeit (d.h. die errechnete Wahrscheinlichkeit, ein in den HLA-Merkmalen übereinstimmendes Organ angeboten zu bekommen. (10%)
- die Ischämiezeit (Zeit während des Organtransportes) oder des chirurgischen Eingriffes, in der der Blutgehalt des Organs künstlich herabgesetzt wird. Damit wird die örtliche Nähe zum Entnahmeort berücksichtigt. (20%)

Neben den menschlichen Problemen bestehen also zusammenfassend folgende Schwierigkeiten der Transplantationsmedizin:

- zu wenig Spenderorgane (Unterschied der zu ca. 90% erklärten Spenderbereitschaft der bundesdeutschen Bevölkerung und der nur zu ca. 13% dokumentierten Spenderbereitschaft) die Probleme der gerechten Verteilung knapper Güter, die über Tod oder Weiterleben entscheiden,
- das Problem der Immuntoleranz – d.h. das notwendige Fehlen einer körpereigenen Immunreaktion, damit das Abwehrsystem des Körpers das transplantierte Organ nicht mehr als fremd erkennt,
- das Problem der freiwilligen Zustimmung, des informed consent - der freiwilligen Zustimmung bei der Lebendorganspende nach Aufklärung,
- die allgemeine Akzeptanz des Hirntodes des Spenders bei der postmortalen Organspende als notwendige Voraussetzung für die höhere Spendenbereitschaft und der Aufhebung des Mangels an Organen.

Beim Hirntod gilt der klinisch sicher feststellbare endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion als sicheres Todeskriterium. Kritiker machen trotzdem geltend, das Hirntodkonzept breche mit „jahrtausende alten Traditionen“ bzw. es nehme die Leiblichkeit des Menschen nicht ernst, es reduziere die Person auf das Gehirn, d. h. der diagnostizierte Hirntod könne nicht mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt werden. Einzig eine physiologische Definition entscheide über Sein oder Nichtsein eines Menschen.

1968 definierte die Harvard Medical School die Diagnose des Hirntodes genau und empfahl, den Tod des Gehirns als neues Kriterium für den Tod eines Menschen zu verwenden. Erstens müsse es ein Kriterium dafür geben, wann die Behandlung von Patienten legitimerweise abgebrochen werden dürfe. Zweitens sei zu klären, unter welchen Umständen eine Organentnahme bei solchen Patienten erlaubt ist.

Vergleichen wir das Transplantationsgesetz der BRD mit den Verhältnissen in den Niederlanden: Dort bekommt jeder Jugendliche nach der Vollendung des 18. Lebensjahres ein Schreiben, nach dem er entscheiden kann: bin Spender, kein Spender, unentschieden. Unter diesen Bedingungen gibt es natürlich dort keinen Mangel an Organen.

Eine Befragung in der BRD weist auf die Gründe für das Versagen der Erlaubnis zur Organspende hin:

Rangfolge:

1. Man mag mir etwas zufügen, bevor ich wirklich tot bin.
2. Die Ärzte könnten meinen Tod beschleunigen.
3. Ich mag nicht über das Sterben nachdenken.
4. Ich mag nicht, dass mich jemand nach meinem Tod aufschneidet.
5. Ich habe nie darüber nachgedacht.

6. Mein Körper soll intakt bleiben für ein vollkommenes Nachleben.
7. Vielleicht hat meine Familie etwas dagegen.
8. Es ist gegen meine Religion.
9. Es ist zu kompliziert, dafür eine Erlaubnis zu geben.

Nach meiner Erfahrung mit dieser Thematik sind die Versagungsgründe emotionaler Natur bzw. Ergebnisse von Verdrängungen. In der BRD gilt entsprechend dem einleitend erwähnten Autonomiegrundsatz ein „postmortales“ Persönlichkeitsrecht. Daraus folgt, dass der noch Lebende sein Selbstbestimmungsrecht über den Tod hinaus ausüben kann, also festlegen kann, was mit seinem Körper nach dem Tod geschehen soll. Der Wille des Verstorbenen muss deshalb stets respektiert werden.

Wenn wir mehr Organspender haben wollen, müssen wir stärker die emotionalen Bedenken berücksichtigen.

Problematik der Sterbebetreuung *versus* Sterbehilfe

Die Argumentationen für oder gegen die aktive Sterbehilfe stehen seit Jahren im Zentrum medizinethischer Diskussionen. Angeregt werden diese Diskussionen vor allem durch die in den europäischen Staaten unterschiedliche Haltung zur aktiven Sterbehilfe. So gibt es in den Niederlanden und in Belgien bei Einhaltung eines festliegenden Procederes eine weitgehende staatliche Legitimierung der Tötung von Patienten. Die öffentliche Meinung in der Bundesrepublik befürwortet entsprechend repräsentativer Umfragen großer Meinungsforschungsinstitutionen die Möglichkeit der aktiven Sterbehilfe.

In den Argumentationen für oder gegen aktive Sterbehilfe stehen sich folgende Hauptargumentationen gegenüber:

Befürwortung: Berufung auf das Selbstentscheidungsrecht, die Autonomie des Patienten.

Gegner: Berufung auf die Bewahrungspflicht menschlichen Lebens bei Berücksichtigung des Patientenwillens.

In den Grundsätzen der Bundesärztekammer wird jede Form aktiver Sterbehilfe abgelehnt. Der Arzt wird nach wie vor zur Basisbetreuung verpflichtet – das bedeutet: menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Linderung von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie das Stillen von Hunger und Durst. Damit tritt in den Grundsätzen der ärztlichen Sterbebegleitung der BÄK der begleitende und betreuende Aspekt in der Fürsorge für den schwerstkranken Patienten in den Vordergrund. Die „Grundsätze der ärztlichen Sterbebegleitung“ in ihrer letzten Fassung von 1998 stärken zugleich die Bedeutung des Patientenwillens. Er muss deutlicher beachtet werden. Bei der Akzeptanz so genannter Patientenverfügungen behält der Arzt die letzte Verantwortung in Art und Ausmaß der Behandlung. Wenn allerdings eine Heilung oder Besserung nicht mehr möglich ist, geht die Leidensminderung als Hilfe im Sterben der Lebenserhaltung vor. Die Ärzte sind aufgrund ihrer Garantenstellung oder Hilfeleistungspflicht nicht berechtigt, sich über eine freiverantwortlich getroffene Entscheidung zur Therapiebegrenzung des Patienten hinwegzusetzen. Strafbare macht sich der Arzt, der entgegen dem ausdrücklich erklärten Patientenwillen Maßnahmen hinsichtlich Lebensverlängerung und damit Leidensverlängerung einleitet oder fortsetzt. Hier wird deutlich, dass es sehr wichtig ist, nicht nur den „mutmaßlichen Willen“ des Patienten zu kennen, sondern durch die in gesunden Tagen vorsorglich getroffene Betreuungsverfügung seinen eindeutigen Willen zu wissen.

Ich wiederhole, dass die Berücksichtigung des Patientenwillens die aktive Sterbehilfe, also die Tötung des Patienten nach wie vor ausschließt.

Noch einmal: Eine unbedingte Verpflichtung des Arztes zur Lebensverlängerung mit allen Mitteln und um jeden Preis gibt es nicht. Der Wille des Patienten ist oberstes Gebot. Er ist befugt, Art und Umfang sowie den Abbruch der Behandlung zu bestimmen. Entscheidend ist, dass der Patientenwille bekannt ist. Nicht die Effizienz der Apparatur, sondern die an der Achtung des Lebens ausgerichtete Einzelfallentscheidung bestimmt die Grenze der ärztlichen Behandlungspflicht. Maßgeblich sind die jeweiligen prognostischen Chancen des Einzelfalls. Bewusstlosigkeit bis zum Wachkoma ist in Deutschland keine Indikation für eine Behandlungsbeschränkung.

Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen sind wesentliche Hilfen für das Handeln des Arztes.

Zur Situation in den Niederlanden: Nach einer seit 1970 anhaltenden Forderung nach „freiwilliger Euthanasie“ wurde im November 2000 ein entsprechender Gesetzentwurf zur „Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“ vorgelegt. Die aktive Sterbehilfe (Tötung von Patienten) ist nur dann legitimiert, wenn bestimmte Sorgfaltskriterien eingehalten werden:

1. Der Arzt muss zur Überzeugung gelangt sein, dass der Patient sein Ersuchen freiwillig und nach reiflicher Überlegung gestellt hat.
2. Der Arzt muss zur Überzeugung gelangt sein, dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist.
3. Der Arzt muss den Patienten über dessen Situation und Prognose informiert haben.
4. Er muss gemeinsam mit dem Patienten zur Überzeugung gelangt sein, dass es für die Situation keine anderen akzeptable Lösung gibt.
5. Er muss mindestens einen anderen unabhängigen Arzt zu Rate gezogen haben, der den Patienten gekannt hat.
6. Es muss bei der Lebensbeendigung sorgfältig vorgegangen werden.

Regionale Kontrollkommissionen für die Lebensbeendigung auf Verlangen überprüfen das ärztliche Vorgehen nach den o. g. Sorgfaltskriterien. Die Kommission setzt den Arzt innerhalb von sechs Wochen nach der ärztlichen Meldung schriftlich von ihrer Beurteilung in Kenntnis.

„Wer vorsätzlich das Leben eines anderen auf dessen ausdrückliches und ernsthaftes Verlangen hin beendet, wird mit Gefängnisstrafe bis zu zwölf Jahren [...] bestraft“. (Art. 293). Das gilt nicht, wenn die o. g. Sorgfaltskriterien eingehalten werden.

Praxis:	Tötung auf Verlangen	jährlich ca. 2-300 Fälle
	Tötung ohne ausdrücklichen Verlangen	jährlich ca. 1.000 Fälle

Die hauptsächlichen Tötungswünsche ergeben sich aus der nicht weiteren Bereitschaft zur Pflege durch die Angehörigen. Unerträgliche Schmerzen stehen beim Wunsch nach aktiver Sterbehilfe an vierter Stelle. Das weist darauf hin, dass die „Freiwilligkeit“ häufig vorgetäuscht und immer zweifelhaft ist.

In der holländischen Öffentlichkeit wird die Bitte um den Tod als „mutig“, „weise“ und „fortschrittlich“ angesehen. Alte Menschen beginnen, sich als Belastung für die Gesellschaft zu fühlen und dann um Euthanasie zu bitten. Die Bitte um Euthanasie wird maßgeblich durch die Familie und den Arzt bestimmt.

Im Mai 2002 stimmte das belgische Parlament für die aktive Sterbehilfe. Die Sorgfaltskriterien sind den holländischen Kriterien ähnlich. Allerdings können auch Patienten, die sich noch nicht in der Endphase einer tödlichen Krankheit befinden, bzw. psychisch Kranke um aktive Sterbehilfe ersuchen.

In der BRD prophezeit der Präsident der Bundesärztekammer, „es werde wohl eines Tages dazu kommen, dass schwer kranke Menschen eine Genehmigung einholen müssen, um weiterleben zu dürfen“.

Die Kirchen der BRD betrachten den Kampf gegen die aktive Sterbehilfe als grundlegende Kritik gegen die individualistische Moderne der „Erlebnisgesellschaft“. Die von der BRD-Bevölkerung zu etwa 83% geforderte Legitimierung der aktiven Sterbehilfe übersieht die gesellschaftlichen Folgen einer solchen Legitimierung.